DE

L'OPÉRATION DE LA TAILLE

N° 15.

PAR

L'APPAREIL LATÉRALISÉ MODIFIÉ;

DISSERTATION

PRÉCÉDÉE DE L'ANATOMIE CHIRURGICALE DU PÉRINÉE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 3 MARS 1830;

PAR CHASTAN,

De SISTERON (*Basses-Alpes*),

Chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille; Chef des travaux anatomiques de l'École secondaire de Médecine; Membre titulaire de la Société académique de Médecine de la même ville.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> Disséquer en anatomie, faire des expériences en physiologie, suivre les malades et ouvrir les cadavres en médecine, c'est là une triple voie, hors de laquelle il ne peut y avoir d'anatomiste, de physiologiste, ni de médecin.
>
> BICHAT, *Discours prélimin. à l'anat. descript.*

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, seul Imprimeur de la Faculté de Médecine, près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1830.

A MESSIEURS :

Alphonse de MONTGRAND.

AUTRAN (Melchior).

BRUN (Jean-André).

Le Comte de RUFFO-BONNEVAL.

DE ROUX (Henri).

PARANQUE (Toussaint-Ant.[e]-Franç.[s]).

DE CAMPOU (Raymond).

Administrateurs des Hôpitaux et Hospices civils et militaire de Marseille.

Hommage éternel de reconnaissance et de respect.

CHASTAN.

AVANT-PROPOS.

J'AVAIS l'intention de présenter à la Faculté de médecine de Montpellier un travail sur les maladies des os, ayant pour titre: *Parallèle entre l'extension et la flexion* dans le traitement des fractures. Le plan que j'avais adopté était étendu: je passais en revue les diverses méthodes employées dans les principaux hôpitaux du royaume. Mes collègues placés dans ces établissemens m'avaient fourni des observations exactes et dignes du plus haut intérêt, et je dois avouer qu'il m'a été pénible de renoncer à mon projet. A mon tour, j'avais recueilli l'histoire d'une infinité de fractures observées à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où je compte douze ans de pratique. En réunissant les faits nombreux que j'ai observés, il m'était assez facile de remplir la tâche que je m'étais imposée (1). Pour cela, un certain laps de temps me devenait indispensable; et par des circonstances toutes particulières, je ne dois plus apporter de retard à présenter mon dernier acte probatoire. En choisissant un nouveau sujet de thèse, j'ai accordé la préférence à la taille latéralisée.

Des observations tirées de ma pratique chirurgicale à Marseille,

(1) M. Civatte, docteur en médecine et en chirurgie, à Sisteron (Basses-Alpes), à qui je rends ici un témoignage public de reconnaissance, fut le premier qui m'inspira le goût des études médicales, en me prodiguant ses savantes leçons. Sa pratique, dans les cas de fracture, avec ou sans complication, est celle d'un chirurgien profond et consommé dans son art. Les observations intéressantes dont il me rendit le témoin eussent formé les plus belles pages de mon travail.

en 1829, formeront la base de ce nouveau travail. J'ai taillé plusieurs individus ; tous m'ont offert des particularités que je me suis plu de recueillir, et chez tous l'opération a été suivie de succès, quoique dans l'un des cas j'eusse des accidens terribles à redouter, tant l'opération fut laborieuse. Je vais donc tracer quelques lignes sur une ancienne méthode, *celle du frère Jacques,* modifiée par M. Delpech. Je me garderai de vouloir traiter ce sujet dans toute son étendue, je me verrais forcé d'entrer dans des considérations bien longues ; mais je n'ai pu résister à une idée qui m'a souri, celle de donner une description exacte du *périnée de l'homme :* la chose m'a paru utile et convenable, soit pour faciliter l'intelligence du procédé opératoire, soit pour indiquer le lieu précis qu'occupe tel ou tel organe dont la lésion serait funeste. Voici le cadre dans lequel je suis résolu de me renfermer. Je diviserai mon travail en quatre parties :

La *première* sera consacrée à l'anatomie du périnée ;

La *seconde* à des généralités sur la taille ;

La *troisième* à l'histoire des opérations que j'ai pratiquées ;

La *quatrième* aux réflexions qu'elles m'auront suggérées, et aux principaux accidens dont la taille latéralisée peut être accompagnée.



DE

L'OPÉRATION DE LA TAILLE

PAR

L'APPAREIL LATÉRALISÉ MODIFIÉ,

DISSERTATION

PRÉCÉDÉE DE L'ANATOMIE CHIRURGICALE DU PÉRINÉE.



PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE DU PÉRINÉE.

Avant de parler des généralités relatives à la taille, j'ai cru indispensable de donner la description anatomique du périnée. Il est peu de régions occupant un si petit espace qui aient fourni à la chirurgie autant de procédés opératoires; il en est peu qui présentent autant de particularités et des cas pathologiques d'un plus grand intérêt: aussi me suis-je décidé à la décrire avec quelques détails, ceux sur-tout qui se rattachent à l'opération de la taille. J'ai fait injecter les artères du bassin, pour rendre plus apparent cet ordre de vaisseaux qui va se

distribuer au périnée, pour mieux en assigner le trajet le plus constant, et se mettre à l'abri d'une lésion toujours effrayante pour le malade, et bien souvent dangereuse par ses résultats.

1° Le périnée est cet espace compris entre les tubérosités sciatiques, les branches ascendantes des ischions et descendantes des pubis qui sont situés sur les côtés, la partie antérieure de l'anus qui est en arrière, et la racine du scrotum qui est en avant. Cet espace, qui est désigné sous le nom de région périnéale, est de forme à peu près triangulaire ; sa base, étendue d'une tubérosité ischiatique à l'autre, est représentée par une ligne transversale qui viendrait passer au milieu de l'orifice de l'anus. Elle varie d'étendue suivant l'âge : dans l'adulte, elle offre une longueur de deux pouces et demi à quatre pouces ; ses côtés formés par les branches des pubis et des ischions ont un peu plus de longueur, ils ont jusqu'à trois pouces et demi. L'angle antérieur correspond à l'arcade pubienne. Ces mesures sont exactement celles que j'ai rencontrées sur un grand nombre de cadavres d'adulte que j'ai observés à l'amphithéâtre ; et à ce sujet, mes expériences sont tout-à-fait d'accord avec celles de M. Dupuytren (1), qui a trouvé pour extrêmes, sur vingt-trois sujets, deux pouces et trois pouces et demi entre les tubérosités ischiatiques ; et celles de Velpeau (2), qui a mesuré ce même diamètre sur quarante cadavres, et a eu pour résultat deux pouces moins un quart jusqu'à quatre. Quant aux deux autres bords du triangle, leur longueur assez constante est de trois pouces trois lignes à trois pouces six lignes. En dirigeant une ligne du sommet de cet espace au milieu de l'anus, on obtient une longueur de trois pouces environ, et en même temps on forme deux autres triangles, dans l'un desquels doit se faire l'incision pour la taille latéralisée.

2° Le périnée est formé par une peau brunâtre, sur-tout en se rapprochant de l'anus ; elle est onctueuse par la transpiration qui se fait sur cette partie. Cette région, ordinairement recouverte de poils, présente sur la ligne médiane une saillie assez marquée sous forme de

(1) Thèse de concours, 1812.

(2) Traité d'anatomie chirurgicale, 1826.

crête ; elle est appelée raphé et correspond au canal de l'urètre. Les tégumens de cette région sont assez extensibles, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans certains cas d'abcès ou d'infiltration urinaire, etc.

Après avoir examiné les particularités qu'on rencontre au-dehors du périnée, il est important de passer successivement en revue les diverses couches qui constituent son épaisseur, et que l'instrument est obligé de traverser pour arriver dans la vessie. L'épaisseur du périnée est susceptible de varier beaucoup, suivant le degré d'embonpoint. Chez les calculeux que j'ai opérés, la profondeur de l'incision, depuis les tégumens jusqu'au col de la vessie, a été d'un pouce jusqu'à trois pouces six lignes : M. Dupuytren (1) a quelquefois observé une profondeur de quatre pouces.

En procédant de l'extérieur à l'intérieur, et immédiatement au-dessous de la peau, on trouve 1° une couche celluleuse : le tissu qui forme cette couche est plus ou moins abondant ; il est lamelleux en devant et en dedans ; sa consistance y est presque membraneuse et sa couleur blanchâtre. En arrière, au contraire, il est amassé en assez grande quantité ; il est graisseux, sur-tout dans la partie voisine de l'anus ; là il reçoit une infinité de ramifications vasculaires qui lui donnent une couleur rougeâtre très-prononcée. C'est cette couche sur-tout qui fait varier l'épaisseur du périnée et qui reçoit les vaisseaux et nerfs superficiels.

2° Au-dessous du tissu cellulaire et avant d'arriver aux muscles périnéens, on aperçoit une lame membraneuse, mince, transparente et de couleur blanchâtre ; elle naît en arrière du feuillet membraneux qui appartient à la région anale ; en devant, elle se rend sous les corps caverneux et l'urètre, dans la couche fibreuse desquels elle se confond ; et sur les côtés, elle se fixe aux branches ascendantes des ischions et descendantes des pubis. Cette aponévrose est au périnée, ce que sont dans les autres régions du corps les aponévroses sous-jacentes aux tégumens, et qui sont destinées à brider les organes qu'elles recouvrent, les muscles, etc.

---

(1) Thèse de concours, 1812.

Cette toile membraneuse est percée d'un grand nombre d'ouvertures pour le passage des vaisseaux et nerfs qui la traversent : elle constitue l'aponévrose superficielle du périnée.

3° Trois muscles principaux composent la couche musculaire. Ils sont disposés en triangle : l'ischio-caverneux est le plus externe ; il s'insère à la lèvre inférieure de la branche ascendante de l'ischion, et va obliquement de dehors en dedans et de bas en haut se perdre sur le corps caverneux. Le bulbo-caverneux confondu avec le sphincter de l'anus, se dirige d'arrière en avant sur le corps caverneux, rencontre le muscle précédent et forme avec lui un angle bien marqué. Le transverse réunit ces deux muscles en arrière et constitue le bord postérieur du triangle ; son éloignement de l'anus est de douze à quinze lignes environ ; l'espace qui l'en sépare est rempli par du tissu cellulaire abondant. C'est dans cette région que rampent une infinité de vaisseaux dont je parlerai plus tard. Parmi ceux-ci, les uns protégés par les muscles et les parties osseuses, sont inaccessibles à l'instrument qui voudrait les diviser ; les autres se distribuent dans l'épaisseur de ces mêmes muscles, et ne sont pourtant pas à l'abri d'une lésion, puisque dans la taille latéralisée les bulbo-caverneux et transverse sont constamment coupés ; d'autres, enfin, isolés de toute partie protectrice, et libres dans le milieu de l'espace que laissent ces muscles, sont inévitablement ouverts, puisqu'ils croisent la direction que l'on est obligé de donner à l'incision.

4° Un second feuillet aponévrotique que nous appellerons moyen, s'avance comme le superficiel d'arrière en avant, c'est-à-dire, de la région anale vers les pubis, et passe d'abord derrière et au-dessus des muscles transverse, ischio et bulbo-caverneux, du bulbe de l'urètre et du corps caverneux, jusqu'au sommet de l'arcade pubienne où il se confond avec le ligament triangulaire du pubis, en s'insérant à la lèvre interne de cet os. C'est là que ce feuillet est percé par le canal de l'urètre qu'il embrasse au-devant de la prostate : il est ferme et beaucoup plus épais que le superficiel ; c'est là aussi qu'il ferme complètement l'arcade pubienne. Il est aisé de voir que les muscles et autres organes du périnée sont tapissés en bas et en haut par ces

deux feuillets aponévrotiques, ou pour mieux dire, qu'ils sont véritablement emprisonnés, par rapport à la disposition particulière de cette enveloppe membraneuse. Je ferai remarquer que c'est précisément entre ces deux feuillets que l'on doit attaquer l'urètre et la vessie dans la taille latéralisée.

5° Nous voici arrivé à la partie vraiment importante de la description anatomique du périnée. C'est en quelque sorte par rapport à elle, que nous étudions d'une manière spéciale les autres organes qui entrent dans la structure de cette région ; car, si nous tirons telle ou telle ligne, si nous signalons telle ou telle éminence, c'est afin de pouvoir assigner le lieu précis, ou la distance précise de tel ou tel vaisseau. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de l'artère transverse du périnée, nous disons qu'elle est en arrière du triangle musculaire périnéal, douze ou quinze lignes au-devant de l'anus. S'il s'agit du tronc de l'artère honteuse elle-même, nous spécifions qu'il est logé derrière la lèvre interne de la branche pubio-ischiatique, etc., et ce n'est qu'en invoquant le chapitre des anomalies que nous indiquons des dispositions contraires à celles-ci. On sait, à la vérité, que le système circulatoire fournit des exemples assez fréquens de ces anomalies; qu'un tronc artériel donne quelquefois origine à un plus grand nombre de branches ; que ces branches, au lieu de suivre leur trajet ordinaire, se comportent d'une manière différente, et qu'alors il est bien difficile de se mettre à l'abri de leur lésion. Dans ce cas, si le chirurgien-opérateur ouvre un vaisseau, loin d'accuser ses connaissances, j'accuserai plus volontiers les écarts de la nature. Quoi qu'il en soit, il importe d'étudier et de connaître à fond les dispositions ordinaires des artères ; c'est d'après ces vues que je vais décrire les artères du périnée.

Parmi les branches inférieures que fournit l'hypogastrique, la honteuse est une de celles dont le trajet est le plus remarquable. Renfermée d'abord dans le bassin, elle en sort pour y rentrer peu de temps après, et se placer derrière la branche des os ischion et pubis qui lui sert d'abri. Arrivée vers l'attache commune des muscles ischio-caverneux et transverse du périnée, elle se divise en deux branches (péri-

néale, pénienne); mais auparavant, elle a fourni l'hémorrhoïdale externe ou inférieure qui se sépare du tronc et perce le feuillet ischiatique de l'aponévrose à douze ou quinze lignes en arrière du muscle transverse; elle ne sera jamais lésée dans la taille latéralisée, à moins qu'on ne porte l'incision beaucoup trop en arrière et bien au-delà de la ligne transversale que nous avons supposée partir de la tubérosité ischiatique d'un côté, et se rendre à celle du côté opposé, lorsque nous avons établi les limites postérieures de la région périnéale.

Quant aux deux autres branches fournies par la honteuse interne, elles méritent une attention particulière : l'une est l'artère superficielle du périnée (branche périnéale); elle naît six lignes environ en arrière du muscle transverse, et se porte en avant dans le tissu graisseux qui sépare les muscles du périnée, en se rapprochant du raphé et donnant des rameaux au sphincter, au transverse, aux ischio et bulbo-caverneux, à la peau, etc.

Lorsque la branche dont le trajet vient d'être indiqué naît à un demi-pouce en arrière du transverse, elle peut être évitée par diverses précautions que l'on doit prendre dans le procédé opératoire (1). En la laissant intacte, on est à l'abri d'une hémorrhagie qui, sans être dangereuse, est quelquefois assez abondante. Quand elle a été lésée, on la trouve à la partie postérieure de la lèvre externe de la plaie.

L'autre branche est la transverse du périnée, qui ne provient pas toujours de la honteuse, puisque ordinairement elle tire son origine de la branche pénienne, véritable continuation de l'artère principale. Quoi qu'il en soit, cette branche remonte au-dessus et le long du muscle dont elle prend le nom, jusqu'au bulbe de l'urètre, s'enfonce et se subdivise en une infinité de rameaux dans la partie spongieuse de ce canal : c'est par rapport à cette distribution que Chaussier a appelé cette branche urétro-bulbaire; quelquefois elle est très-volumineuse,

---

(1) Ces précautions consistent à ne pas inciser le tissu cellulaire sous-cutané trop en arrière, en prenant, comme le recommande le professeur Delpech, le milieu de l'incision faite aux tégumens, et en creusant directement en avant dans le moins d'étendue possible.

et alors l'hémorrhagie qui survient à la suite de sa lésion peut devenir inquiétante. Néanmoins, dans les cas ordinaires, il est assez rare que cet accident ait de fâcheux résultats ; car c'est une des artères qui est toujours lésée dans la taille latéralisée, puisque l'incision pratiquée commence à l'endroit de sa terminaison, et s'étend en arrière beaucoup plus loin que son origine.

6° Après les artères, nous dirons un mot sur les veines, les nerfs et les vaisseaux lymphatiques ; ils entrent chacun dans les parties constituantes du périnée : les deux premiers ont en général la même distribution des artères.

Les nerfs sont fournis par le plexus sacré : les plus remarquables sont les rameaux ischiatiques et le honteux interne.

Je ne ferai aucune observation sur les troisièmes (vaisseaux lymphatiques), tant ils jouent un faible rôle dans l'opération de la taille.

7° Le muscle releveur de l'anus, de forme quadrilatère allongée, situé en partie dans la région périnéale et plus encore dans la région anale, mérite de trouver ici une description succincte, parce que quelques-unes de ses fibres sont nécessairement coupées dans l'opération de la taille par l'appareil latéralisé. Ce muscle offre une face externe en rapport avec les objets que nous avons déjà décrits, et une face interne recouverte presque en entier par l'aponévrose recto-vésicale, dont nous indiquerons bientôt les rapports. D'ailleurs, on sait que ce muscle, concave du côté qui regarde les viscères pelviens, constitue en quelque sorte un second diaphragme qui ferme en bas la cavité de l'abdomen ; il n'est séparé du col de la vessie, de la glande prostate et des parties latérales du rectum, que par le feuillet aponévrotique indiqué, et une légère couche de tissu cellulaire fort lâche, placé entre lui et l'aponévrose recto-vésicale. Le muscle releveur de l'anus a quatre bords ; le supérieur s'insère par des fibres aponévrotiques à la face postérieure du corps du pubis, et à la partie supérieure et postérieure du trou sous-pubien ; l'inférieur se perd autour de la partie inférieure du rectum, en se confondant avec le sphincter ; le postérieur n'a rien de remarquable ; l'antérieur est incliné en bas et en dedans ; il commence à la partie postérieure et inférieure de la

symphyse pubienne, descend en arrière sur le côté de la glande prostate et du col de la vessie, embrasse la partie latérale du rectum et se termine sur cet intestin avec le bord antérieur du muscle opposé.

Ce muscle, de concert avec l'aponévrose recto-vésicale, soutient le rectum et le col de la vessie, et s'oppose au déplacement de ces organes.

8° Entre le rectum et la vessie, dans l'intérieur de l'excavation du bassin et au-dessus du muscle releveur de l'anus, on rencontre une membrane fibro-celluleuse, blanchâtre, mince en bas, plus épaisse en haut, à fibres entrecroisées en divers sens, représentant une espèce de cul-de-sac qui ferme complètement en bas la cavité de l'abdomen. Elle est divisée en deux faces : une extérieure et l'autre intérieure, en grande et petite circonférence. Par sa face extérieure, elle est en rapport avec le muscle releveur de l'anus dans presque toute son étendue, ainsi qu'avec le sphincter cutané auquel elle est unie d'une manière assez intime.

Par sa face intérieure, elle enveloppe le rectum, la glande prostate et le bas-fond de la vessie; elle adhère aux deux premiers, mais elle est séparée de la vessie par un tissu adipeux.

Sa grande circonférence se confond en avant avec les ligamens antérieurs de la vessie ; de-là, elle se porte au-dessus de la fosse obturatrice interne, et se fixe immédiatement au-dessus de l'attache du muscle releveur de l'anus avec lequel elle confond ses fibres. En arrière, elle s'insère au petit ligament sacro-sciatique et à la face antérieure du coccyx.

La petite circonférence de l'aponévrose recto-vésicale est en rapport avec la partie inférieure du rectum qui la traverse. C'est elle qui forme l'aponévrose profonde du périnée.

9° Trois portions du canal de l'urètre, comprises entre le col de la vessie et l'union des corps caverneux, sont placées dans le périnée et méritent une description particulière. La première portion est appelée *prostatique ;* elle est la partie la plus ample du canal, correspond à la prostate et a quinze lignes environ de longueur. Pour traverser cette glande, l'urètre descend en avant et en bas et s'engage

sous la symphyse des pubis. C'est là que commence la deuxième portion appelée membraneuse, qui est un peu moins large que la précédente et moins extensible ; elle a environ huit à dix lignes de longueur, correspond en haut au ligament sous-pubien ; en bas, au rectum dont elle est séparée par une couche de tissu cellulaire de quatre lignes à peu près d'épaisseur. Sur les côtés, elle est tapissée par la membrane recto-vésicale, et par un prolongement du feuillet moyen de l'aponévrose périnéale dont nous avons fait la description, après avoir parlé des muscles du périnée.

La troisième, appelée portion bulbeuse, ou bulbe de l'urètre, est placée au-dessous et un peu en avant de la symphyse des pubis, au-dessous et derrière l'angle de réunion des corps caverneux, au-dessous des muscles bulbo-caverneux, entre les glandes de Cowper, et en avant du feuillet moyen de l'aponévrose du périnée. En parlant des artères périnéales, nous avons vu que la transverse venait enfin se distribuer au bulbe de l'urètre, et que, dans cet endroit, Chaussier l'avait appelée *urétro-bulbaire* : c'est de cette source que la portion bulbeuse, analogue par son tissu à celui du corps caverneux, tire principalement la quantité de sang dont elle est pénétrée ; il n'est point étonnant dès-lors que sa lésion, dans la taille, amène une hémorrhagie plus ou moins abondante, mais ordinairement sans danger.

10° On trouve sur les côtés du bulbe, et un peu au-dessous de lui, deux petits corps arrondis, appelés glandes de Cowper. Dans la taille latéralisée, on évite difficilement celle du côté gauche ; presque toujours elle est coupée.

Une membrane muqueuse, la même qui a tapissé l'intérieur de la vessie, se déploie aussi dans toute l'étendue du canal de l'urètre. Vis-à-vis la prostate, ce canal présente dans sa partie inférieure la crête urétrale (*verumontanum*), éminence triangulaire autour de laquelle viennent s'ouvrir les canaux éjaculateurs et les conduits excréteurs de cette glande. Une couche de tissu cellulaire qui se continue avec celui qui entoure le col de la vessie, recouvre la face externe de la muqueuse urétrale.

11° La glande prostate, située entre le rectum et la symphyse des pubis, embrasse le col de la vessie ; sa forme est celle d'un cône tronqué à son sommet, un peu aplati dans le sens vertical : l'axe de cette glande n'est pas tout-à-fait horizontal. En rappelant la direction de la portion prostatique de l'urètre, que nous avons dite oblique de haut en bas et d'arrière en avant, nous aurons celle de l'axe de la prostate. Le volume de cette glande varie suivant les âges et sur-tout en épaisseur. Ses deux faces présentent : la supérieure, vers son milieu, un sillon peu profond, dirigé d'arrière en avant.

L'inférieure, une inclinaison en arrière en rapport avec le rectum qui la soutient, et qui lui est unie par une couche de tissu cellulaire assez épaisse.

Ses deux côtés sont arrondis, ont des rapports avec la membrane recto-vésicale et les muscles releveurs de l'anus ; ils sont éloignés du rectum, sur-tout dans leur partie moyenne.

Sa base embrasse le col de la vessie ; elle est échancrée dans sa partie inférieure, et dans cette échancrure se trouvent logés les canaux éjaculateurs.

Son sommet s'avance et s'amincit en arrivant sur la portion membraneuse de l'urètre.

Le tissu propre de la prostate est ferme, de couleur grisâtre, formé de fibres coniques qui laissent entre elles de petits espaces remplis par un liquide visqueux et blanchâtre. Ce tissu reçoit un grand nombre de vaisseaux artériels et veineux qui, chez certains calculeux, sont dans un état de dilatation variqueuse.

La glande prostate renferme dans son épaisseur, mais beaucoup plus près de sa face supérieure que de l'inférieure, la portion prostatique du canal de l'urètre. Le corps glanduleux que nous venons de décrire est enveloppé d'une couche celluleuse très-dense, et c'est à cette couche qu'il doit une grande partie de sa consistance : ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on l'a enlevé par la dissection, ou bien lorsqu'on l'a incisé dans l'opération de la taille, il se laisse déchirer avec la plus grande facilité.

12° Pour achever la description de toutes les parties qui composent

le périnée, il nous reste à parler de la région inférieure de la vessie et du rectum. La première est cette portion du réservoir de l'urine, placée entre le sommet de l'arcade pubienne et l'intestin rectum ; elle comprend son col et les parties latérales de son bas-fond ; elle est en rapport en arrière avec les vésicules séminales et les canaux déférens qui lui adhèrent intimement ; entre ces deux organes, elle est séparée du rectum, seulement par une couche de tissu cellulaire peu épaisse ; et en devant, cette région de la vessie repose sur la prostate, et n'est séparée des muscles releveurs de l'anus que par l'aponévrose recto-vésicale. Cette région reçoit une grande quantité de vaisseaux sanguins, sur-tout veineux ; ceux-ci, réunis aux veines qui entourent le rectum, forment un plexus vasculaire très-marqué chez les calculeux, d'autant plus développé que le calcul est ancien. Il n'est pas étonnant dès-lors que, dans certaines tailles, on ait une hémorrhagie quelquefois très-inquiétante.

Le col de la vessie est situé à la partie antérieure de cette région ; il est beaucoup plus évasé dans son orifice vésical que du côté de l'urètre ; sa circonférence est très-épaisse ; la tunique charnue ou musculeuse y est plus prononcée que dans aucun autre point de la vessie.

13° Je n'examinerai du rectum que sa partie inférieure, celle qui a des rapports avec le périnée, et qu'il importe de connaître pour éviter de le léser quand on pratique la taille. On sait que cet intestin succède à la portion iliaque du colon, qu'il est oblique en haut du bassin et du côté gauche, mais il est essentiel de remarquer qu'en bas il est dirigé presque verticalement ; que, beaucoup plus étroit dans sa partie supérieure, il s'élargit considérablement en se rapprochant de l'anus ; que son diamètre est quelquefois excessif chez les personnes habituellement constipées et celles qui sont atteintes d'affection calculeuse ; qu'il importe alors de prendre les précautions nécessaires, afin de ne pas ouvrir le rectum dans la lithotomie. Cet intestin est en rapport, en arrière, avec le sacrum et le coccyx, qui le logent dans leur concavité ; et en devant, avec la vessie, les vésicules séminales et la prostate. Je n'indiquerai plus aussi son éloignement du col de la

vessie, je l'ai indiqué en décrivant la portion membraneuse du canal de l'urètre. Les parties latérales et inférieure du rectum sont en rapport avec la membrane recto-vésicale et le releveur de l'anus ; sa cavité est tapissée par la membrane muqueuse qui s'est déployée dans les voies digestives.

DEUXIÈME PARTIE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La partie qui précède paraîtra sans doute longue et fastidieuse. Je n'ai rien dit de nouveau et me serais bien gardé d'en avoir la prétention ; mais, en décrivant le périnée, j'ai cru aborder ensuite avec plus d'avantage la description du procédé opératoire.

Dans cette seconde partie, je m'abandonne à quelques considérations générales sur la taille. L'homme, dès l'instant qu'il a été malade, a dû chercher des moyens de guérison ; il n'a pas toujours eu la médecine pour secours ; celle-ci n'a pas toujours existé, quoique son origine se perde dans la nuit des temps. L'homme est donc plus ancien que la médecine, et la maladie tout aussi ancienne que l'homme, puisqu'il l'a apportée en naissant. S'il en est ainsi, l'existence de la pierre remonte à la première époque, et sa présence dans l'intérieur de la vessie a dû exercer de bien grands ravages avant d'être connue. Aujourd'hui que les sciences médicales ont fait tant de progrès, cette funeste maladie reste encore quelquefois ignorée ; elle échappe à l'œil le plus expérimenté : que devons-nous penser alors de cette époque où l'homme était réduit à faire la médecine par instinct ! Il nous est permis de penser qu'une foule de malades ont dû succomber aux accidens occasionés par la pierre renfermée dans le réservoir des urines. Mais lorsque l'on a pu avoir la certitude de sa présence, a-t-on de suite trouvé le moyen de s'en délivrer ? Non ; on a d'abord imaginé, alors que l'art était dans l'enfance, d'injecter un liquide dans la vessie, ou d'y introduire de l'air, afin qu'en les laissant sortir avec rapidité, ces fluides pussent entraîner le calcul. On a voulu aspirer le corps

étranger ; on a cherché à le retirer en introduisant une anse de fil en métal ou une sonde, afin qu'il vînt s'engager dans les yeux qu'elle présentait à son extrémité. On a également fait usage et jusqu'à nos jours, de dissolvans de tous les genres, de lithontriptiques plus ou moins énergiques, et par conséquent plus ou moins dangereux, pour anéantir cette maladie rebelle ; on les a introduits dans le torrent circulatoire, en les administrant en potions, en pilules ou en poudre, ou bien on les a portés directement sur la pierre en les injectant par le canal de l'urètre. Les accidens qu'ils ont produits dans certains cas, et leur inutilité absolue dans d'autres, en ont condamné l'usage ; on y a entièrement renoncé, et on a cherché des moyens plus sûrs et plus actifs. Dans ces derniers temps, Leroy d'Étioles, Civiale, Meyrieux, Heurteloup et Rigal, ont attaché leurs noms au procédé pour broyer la pierre dans la vessie, connu sous le nom de lithotritie. Ce moyen a des avantages évidens sur les autres qui sont applicables à la destruction des calculs dans le réservoir urinaire ; il peut avoir des avantages aussi sur les diverses méthodes de cystotomie ; mais il n'est pas applicable dans tous les cas, ni à tous les malades ; il ne peut être tenté chez les enfans en bas âge, ni chez les personnes qui ont une pierre trop volumineuse ; il serait imprudent aussi d'y avoir recours lorsqu'il existe une cystite chronique, un catarrhe purulent de vessie, etc. Nous pensons, au reste, que la lithotritie ne pourra jamais être pratiquée que par un petit nombre de chirurgiens placés dans des hôpitaux ou près des grandes facultés, tant il faut de l'habitude que l'on n'acquiert que sur le cadavre ! L'étude anatomique des parties qui environnent la vessie n'a pas peu enhardi à aborder cet organe de tel ou tel côté, de celui toujours où l'on a supposé rencontrer le moins d'obstacles. C'est ainsi que nous avons vu successivement arriver diverses méthodes et des procédés différens que nous allons indiquer, sans entrer pourtant dans de trop longs détails.

Mais avant d'en venir à ce point, qui terminera notre seconde partie, examinons quels sont les signes qui font reconnaître la présence d'un calcul dans la vessie, et si, dans tous les cas, il convient d'en faire l'extraction. On a généralement divisé les signes en ration-

nels et sensibles : parmi les premiers, on peut compter, 1° une douleur à la région de la vessie, au périnée, à l'anus, qui se propage aux reins, à l'extrémité du gland, et force le malade à porter continuellement la main sur le prépuce, lequel est toujours plus ou moins long et irrité ; 2° une pesanteur incommode vers le fondement, sujette à varier, suivant le volume de la pierre ; 3° l'augmentation de la douleur par l'exercice, une secousse un peu forte, les écarts de régime et l'état de vacuité de la vessie ; 4° les envies fréquentes d'uriner ; 5° un ténesme plus ou moins intense qui détermine quelquefois, chez les enfans sur-tout, la chute ou le renversement du rectum ; 6° l'interruption brusque du jet de l'urine pendant son excrétion ; 7° les positions extraordinaires que le malade est obligé de prendre, soit pour uriner plus aisément, soit pour se préserver de la violence de la douleur pendant la marche (1) ; 8° les altérations plus ou moins notables de l'urine : tantôt elle est pâle, trouble, d'une odeur fétide ; tantôt elle est purulente, sanguinolente et dépose au fond du vase une matière muqueuse, du sable, du gravier, etc. ; 9° la fièvre et les phénomènes qu'elle peut faire naître. Tous ces symptômes acquièrent plus de valeur, si leur apparition a été précédée de douleurs néphrétiques, si les malades ont rendu précédemment des graviers en urinant, s'ils sont nés de parens calculeux, ou si déjà ils ont été opérés ; mais ils ne suffisent pas pour prononcer sûrement sur l'existence d'un calcul.

Parmi les seconds signes, les sensibles, on compte ceux fournis par le cathétérisme ; ils résultent de l'introduction d'une sonde métallique dans la vessie, et du choc ou du frottement du corps étranger contre elle. Avec l'habitude, on parviendra, non-seulement à reconnaître la pierre, mais encore à apprécier à peu près son volume, sa consistance et le nombre qui peut être contenu dans la vessie. Je ne dirai pas que le cathétérisme ne puisse jamais induire

---

(1) Le premier malade que nous avons eu occasion de tailler portait son corps incliné à droite, et en marchant se tenait le flanc droit comprimé par les deux mains.

à erreur ; des chirurgiens habiles (1) ont quelquefois pratiqué l'opération de la taille, et ont trouvé des kystes osseux développés dans les parois vésicales, des tumeurs squirrheuses, etc., au lieu de calculs. Les rides, le racornissement de la vessie, ses colonnes charnues, ont quelquefois simulé la pierre, par leur contact avec la sonde. (Dans ces derniers temps, M. Recamier a fait construire une sonde en laiton, qui présente des annelures depuis sa convexité jusqu'à son bec, et au moyen de laquelle on peut sentir très-aisément le plus petit calcul situé dans la vessie. La portion annelée de cet instrument, et l'espèce de métal dont il est composé, rendent plus difficiles les méprises, par rapport à la facilité avec laquelle le son est transmis de l'intérieur de la vessie, au-dehors. J'ai essayé quelquefois cette sonde chez des calculeux, et je suis parvenu à faire entendre le choc de l'instrument contre la pierre, à des personnes placées au milieu de l'appartement.)

Il existe sans doute des contre-indications à l'opération de la taille; et si bien souvent elle ne réussit pas, c'est parce qu'on n'a tenu aucun compte des circonstances qui devaient la faire rejeter. Parmi les contre-indications, les unes ne font que renvoyer l'opération, et de ce nombre, sont les maladies aiguës qui compliquent quelquefois l'existence de la pierre : celles-ci réclament un traitement approprié; les autres défendent impérieusement d'y recourir, telles sont la désorganisation des reins, annoncée par l'excrétion d'urines purulentes qui auraient succédé à de vieilles douleurs néphrétiques et seraient accompagnées de fièvre et de marasme ; la phthisie au dernier degré ; les difformités de la partie inférieure du bassin; l'ankylose des membres inférieurs; le volume énorme de la pierre, etc. Le calcul reconnu, et l'indication d'opérer existant, nous pensons qu'il doit être retiré de la vessie, et nous n'ajoutons aucune foi à ces moyens réputés dissolvans, à ces lithontriptiques qui ont servi à tromper la crédulité des malades, et ont produit plus d'une fois des affections incurables. Nous nous prononçons exclusivement pour l'opération, dans tous les cas où la pierre

(1) Desault, etc.

a acquis un volume assez fort pour qu'elle ne puisse être expulsée par l'urètre. Abandonnée à elle-même, la maladie augmente toujours, la vessie s'altère de plus en plus, le malade finit par succomber à l'excès de ses douleurs et dans le marasme le plus complet. L'opération est donc l'unique moyen de sauver ses jours ; nous n'ignorons pas que la nature a eu guéri des calculeux, en portant au-dehors le corps étranger, à la suite de l'inflammation et de la suppuration occasionées par la présence de la pierre sur le point de la vessie qui la supportait : en 1823, on présenta à l'Académie royale de chirurgie un paysan des environs de Paris, chez lequel un calcul énorme était spontanément sorti par le périnée (1); mais doit-on compter souvent sur de pareils phénomènes ?

L'opération de la taille peut être faite par-dessus ou par-dessous les pubis : de-là, deux méthodes générales, auxquelles on a donné le nom de taille sus-pubienne ou hypogastrique, et de taille sous-pubienne ou périnéale : nous ne dirons rien de la première, n'ayant à traiter que de la taille périnéale. Celle-ci se compose de six méthodes, qui sont le petit appareil, le grand appareil, l'appareil latéralisé, la taille latérale, la taille recto-vésicale et la bi-latérale.

Dans la méthode la plus ancienne, celle de Celse, ou petit appareil, on pratiquait une incision courbe au-devant de l'anus, et on arrivait par cette voie jusques à la vessie que l'on coupait sur le calcul. Cette opération présentait de graves inconvéniens; d'abord, le col de la vessie était inévitablement contus par la pression qu'exerçait la pierre sur lui ; quelquefois l'urètre était coupé en travers et complètement séparé du réservoir urinaire ; la section de la vessie sur la surface inégale et raboteuse de la pierre était difficile, et laissait presque toujours des brides qui rendaient l'extraction douloureuse et pénible ; enfin elle n'était guère applicable qu'aux enfans : aussi est-elle à peu près abandonnée.

Le grand appareil a été imaginé par Jean de Romani, et décrit pour la première fois, quelques années après, par Mariano Santo.

---

(1) Exemple cité par Roche et Sanson; Pathol. médico-chirurgicale.

Dans cette méthode, on pratiquait une incision parallèle au raphé périnéal et tout à côté de cette ligne, depuis le dessous des bourses jusqu'à un travers de doigt environ de l'anus. Les parties molles coupées jusques au canal de l'urètre, on introduisait par cette voie dans la vessie deux instrumens nommés conducteurs, qu'on écartait de haut en bas pour dilater la plaie, et on portait les tenettes dans leur intervalle pour extraire le calcul. Les déchirures, les contusions, les dilacérations, les abcès gangréneux, les fistules, les incontinences d'urine, les infiltrations urineuses, etc., etc., ont complètement fait renoncer à cette méthode.

La taille latérale n'a jamais été pratiquée que par Foubert et Thomas. Intéressant presque nécessairement les grosses artères du périnée, et faisant une plaie de telle sorte que son ouverture extérieure était placée au même niveau, ou à peu près que l'interne, elle exposait à la fois aux hémorrhagies et aux infiltrations urineuses.

La taille recto-vésicale, imaginée par Sanson, est fondée sur les rapports du bas-fond et du col de la vessie avec le rectum. La lésion de cet intestin qui entraîne presque toujours des fistules recto-vésicales, accident dont nous avons eu occasion de nous convaincre, ont fait le plus grand tort à cette méthode qui permettait d'extraire des calculs volumineux : elle est aujourd'hui rarement pratiquée.

La méthode bi-latérale indiquée pour la première fois par Chaussier, puis par Béclard, a été perfectionnée plus tard par Dupuytren, dont le procédé est à la fois simple et ingénieux. Nous ne nous en occuperons pas, n'ayant pas eu l'occasion de le voir pratiquer, n'ignorant point cependant qu'il réunit de nombreux avantages, et que les essais qu'on en a faits ont été en général heureux; cette taille n'ayant guère été pratiquée que sur des enfans, nous devons, avant de la juger, attendre ses résultats sur l'adulte. Nous ferons observer seulement que le lithotome caché, à double lame, dont se sert M. Dupuytren pour exécuter cette opération, n'est autre chose que le lithotome de Franco, pour le grand appareil, appliqué plus tard, par Flurent de Lyon, à la taille des femmes. Nous avons trouvé cet instrument dans l'arsenal de Chirurgie des hôpitaux de Marseille, et nous nous sommes

convaincu que M. Dupuytren n'a fait que le modifier, pour l'appliquer à la méthode bi-latérale.

Après avoir donné une idée de la taille et de ses progrès récens, il nous reste à prononcer sur le choix de la méthode que nous préférons et à décrire le procédé opératoire.

Parmi les diverses méthodes périnéales dont nous venons de dire un mot, on n'a pas vu figurer l'appareil latéralisé. Nous l'avons laissé à dessein pour en parler plus tard, et insister sur cette méthode que nous avons choisie, parce que nous pensons qu'elle expose à moins d'accidens que les autres, sur-tout en lui faisant subir les modifications importantes que lui a apportées M. le professeur Delpech.

L'appareil latéralisé a été inventé à la fin du 17e siècle par le frère Jacques de Beaulieu, qui lui a attaché son nom. Le caractère principal de cette méthode est, qu'en la suivant, on arrive au col de la vessie par l'intervalle triangulaire que laissent entre-eux le bulbo et l'ischio-caverneux, au moyen d'une incision dirigée obliquement du raphé, de l'urètre et du col de la vessie, au côté gauche de l'anus et du rectum.

Une foule de procédés furent imaginés après celui du frère Jacques, qui était défectueux, en ce qu'il se servait pour le cathétérisme d'une sonde pleine et cylindrique, qui le faisait souvent égarer au milieu des tissus. On vit successivement paraître les procédés de Raw, Cheselden, Ledran, du frère Côme, Moreau, Pouteau, Lecat, Hawkins, etc., qui diffèrent les uns et les autres du procédé de M. le Pr Delpech, que nous allons décrire (1).

---

(1) C'est par la méthode latéralisée que nous avons vu pratiquer un grand nombre de tailles à M. Moulaud, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Il l'a modifiée en se servant d'un lithotome de son invention, qui est composé d'une lame convexe, dont le dos est reçu dans une gaîne ayant son sommet plus long de quelques lignes que la lame qu'elle assujétit; tandis que sa base, adossée exactement contre le talon de la lame, est vissée avec elle sur un manche long de trois pouces environ qui renferme un tourne-vis. La lame est remplacée à volonté par une autre plus ou moins

Le malade couché sur le dos, et situé sur le bord d'un lit assez résistant, ou mieux encore d'une table plus ou moins élevée; les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin; les genoux écartés l'un de l'autre; les mains assujéties aux pieds par des liens en fil de laine et les talons rapprochés des fesses; les aides disposés d'une manière convenable: l'opérateur placé au-devant du malade, introduit le cathéter dans la vessie, il le confie à un aide qui doit le tenir de manière qu'il fasse une saillie à gauche du périnée. Pour cela, il incline le pavillon de l'instrument vers le pli de l'aine droite. Cette saillie ne doit pas être trop prononcée, de peur qu'après avoir fendu l'urètre, l'opérateur s'égare en voulant porter le lithotome dans la vessie. Le scrotum est relevé et soutenu par les deux derniers doigts et l'index de la main gauche, placée sur le périnée, dans une forte pronation, et de manière que le médius et le pouce tendent et assujétissent les tégumens qui vont être incisés sans les déplacer (1). Alors, une incision parallèle à la branche gauche de l'arcade pubienne est pratiquée en dedans de son bord interne, en se rapprochant du raphé; elle doit être commencée aussi haut que possible, vis-à-vis de l'endroit où le cathéter est senti passant sous l'arcade pubienne, et être continuée d'avant en arrière jusques au milieu d'une ligne qui séparerait la tubérosité ischiatique de l'anus. Au reste, cette incision n'intéresse que les tégumens et ne s'étend jamais au-delà du tissu cellulaire sous-cutané; elle est faite au moyen d'un scalpel convexe et de grosseur proportionnée à l'âge du sujet. Le milieu de cette

---

convexe, suivant l'âge du calculeux. M. Moulaud, après avoir introduit le cathéter dans la vessie, ne le confie pas à un aide; il le tient de la main gauche, jusques au moment où il a besoin de tenettes pour extraire la pierre.

Le lithotome de M. Moulaud est un instrument précieux pour le débridement de l'anneau dans l'opération de la hernie. Quoique cette circonstance soit étrangère à mon sujet, je me plais cependant à la faire connaître.

(1) Cette précaution est de la plus haute importance pour prévenir l'infiltration des urines, que le défaut de parallélisme pourrait produire.

première incision est pris, et l'instrument tranchant, porté toujours sur le même point, divise les parties molles dans une très-petite étendue. Au fur et à mesure que l'on avance en profondeur, l'index de la main gauche, dont le bord radial est tourné en bas et en arrière, prend la place des parties incisées, et on arrive ainsi à l'urètre, s'étant servi de ce doigt pour couper sur son ongle toutes les parties molles, et pour éloigner le bulbe que l'on porte à droite, au moyen de son extrémité palmaire. Jusque-là, c'est-à-dire, du tissu cellulaire à la portion membraneuse, on a dû faire une incision, en passant entre les muscles ischio-caverneux qu'on laisse ordinairement intacts, bulbo-caverneux et transverse qu'on divise toujours plus ou moins; on a même coupé en travers l'artère transverse, dont la lésion fort heureusement très-peu funeste est inévitable. Il reste à terminer l'opération, et par conséquent à fendre l'urètre, à introduire le lithotome caché dans la vessie, à diviser son col, à entamer la prostate, à déchirer celle-ci et à retirer le calcul au moyen des tenettes. Pour remplir ce but, M. Delpech recommande, en incisant l'urètre dans sa partie membraneuse, de ne point relever le manche du scalpel, parce qu'alors on léserait le rectum qui est en arrière, lésion que l'on doit toujours éviter, si l'on incise directement en avant; ensuite, pour faciliter l'entrée du lithotome dans la cavité de la vessie, de relever le cathéter contre le sommet de l'arcade pubienne, afin que celui-ci ne remplisse pas l'urètre, ce qui s'opposerait au glissement de la tige du lithotome dans sa cannelure, et pourrait être cause de graves accidens, l'instrument se trouvant alors en dehors de la vessie. Il est aussi bien important de s'assurer, au moyen de l'ongle et de l'extrémité du doigt indicateur gauche, qu'il n'y a aucune partie membraneuse interposée entre le lithotome et la cannelure du cathéter. Lorsque toutes ces précautions ont été prises, et que l'opérateur, s'emparant du cathéter jusque-là confié à un aide, a introduit le lithotome dans la vessie, en abaissant fortement le poignet vers l'anus, tandis qu'il porte tout-à-fait en haut la tige de l'instrument, dont l'extrémité doit s'arrêter au cul-de-sac du cathéter, il retire celui-ci après avoir dégagé les deux instrumens.

C'est alors que M. Delpech veut qu'on se serve du lithotome pour inciser le col de la vessie, comme le faisait le frère Côme, mais ensuite qu'on entame seulement la glande prostate ; il la déchire avec le bord radial de l'index de la main gauche. Ces deux dernières circonstances sont très-importantes pour se mettre à l'abri, 1° d'inciser inégalement le col de la vessie, que l'on peut couper beaucoup plus au-dehors qu'au-dedans, quand on se sert d'un instrument qui incise en entrant ; ce qui n'arrive pas au moyen du lithotome caché, qui divise le col de la vessie et la prostate de dedans en dehors ; 2° d'une hémorrhagie qui peut devenir inquiétante, parce que, dans cette partie profonde, la compression est plus difficile à exercer. L'expérience a prouvé à M. Delpech qu'il n'avait jamais d'hémorrhagie, en se comportant ainsi ; tandis qu'il est plus rare de parer à cet accident, si l'on incise la prostate. Il est certain que, chez un ancien calculeux, le système vasculaire qui entoure cette glande, et qui se distribue dans son épaisseur, doit être plus étendu et les vaisseaux plus dilatés, parce que depuis long-temps cette partie est le siége d'une fluxion occasionée par la présence du calcul. Il n'est pas étonnant alors que la déchirure de la prostate soit avantageuse pour éviter l'hémorrhagie, puisqu'on sait que les vaisseaux déchirés ne fournissent pas du sang ; d'ailleurs, quelques-uns d'entre eux peuvent bien échapper à leur rupture. Au reste, cette pratique a encore l'avantage de rendre très-facile l'adhésion de la plaie interne et de hâter le moment de la cicatrisation.

Pour ce qui regarde l'extraction du calcul, je dirai que les tenettes droites ou courbes, suivant la place qu'occupe la pierre dans la vessie, sont introduites dans la cavité de cet organe, seules ou à la faveur du bouton, et qu'après avoir senti le calcul et l'avoir chargé avec les précautions convenables, on juge, par l'écartement des tenettes, s'il est très-volumineux, s'il est bien ou mal saisi, et qu'on se comporte alors suivant le cas, c'est-à-dire, en cherchant à retirer le calcul par son plus petit diamètre. L'opération terminée, le malade est placé dans son lit, les cuisses relevées et soutenues par un traversin. Après avoir donné les observations de taille que nous avons pratiquées d'après la méthode latéralisée et le procédé que nous venons de

décrire, nous nous occuperons du traitement qui convient après l'opération.

TROISIÈME PARTIE.

OBSERVATIONS DE TAILLE.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Taille latéralisée. — Difficulté dans l'introduction du lithotome caché. — Vacuité de la vessie. — Extraction très-laborieuse d'*un calcul mural.* — *Guérison.*

Le jeune Louche, âgé de 10 ans, demeurant à Marseille, rue Lanternerie, n° 6, souffrait depuis quatre ans de douleurs vives pendant l'évacuation des urines, lorsqu'il fut confié à mes soins. Je reconnus, à ma première visite, tous les signes rationnels de l'existence d'une pierre dans la vessie : je voulus bientôt m'en assurer, et y retournai le même jour pour le sonder. Le cathétérisme me fit reconnaître la présence d'un calcul que je jugeai consistant et assez volumineux ; en effet, le son rendu par l'algalie était aigu, et l'instrument soumis à quelques mouvemens de rotation dans le bas-fond de la vessie y rencontrait toujours le corps étranger. Le jeune homme était assez bien constitué ; il avait la face colorée et le corps considérablement amaigri ; l'émission des urines était fréquente et douloureuse : depuis long-temps il ne dormait plus. Dans la marche, il portait le tronc tout-à-fait incliné à droite, et de ses deux mains il pressait la région iliaque correspondante ; ses mouvemens étaient tous mesurés ; il lui était impossible de marcher vite, bien moins encore de se livrer à la course. C'était le 5 février 1829 que je le visitai pour la première fois. Le 6, je lui recommandai le repos. Le 7, je lui prescrivis une potion laxative qui provoqua plusieurs selles ; elle était composée de deux onces de manne en larme et d'une once huile de ricin, dans suffisante quantité infusion de fleurs de pêcher. Le 8, il fut soumis à un régime sévère. Le 9, deux demi-lavemens émolliens furent administrés, l'un à cinq heures, l'autre à huit heures du matin. Le même

jour, à dix heures, je pratiquai l'opération. Le malade fut placé et fixé d'une manière convenable. Le cathéter introduit dans la vessie, les parties molles périnéales incisées jusques au canal de l'urètre, celui-ci ouvert, tout jusque-là fut exécuté sans difficulté : il ne s'était point encore écoulé d'urine. Incertain d'avoir complètement ouvert l'urètre, je cherchai à m'en assurer, en portant l'ongle et la pulpe de l'indicateur ganche dans la cannelure du cathéter, que je sentis parfaitement à nu. Alors seulement, je pris le lithotome ouvert au n° 5, et le portai sur l'instrument conducteur. N'ayant pas même observé l'issue d'une goutte d'urine, j'hésitai plusieurs fois d'ouvrir le lithotome, craignant de me trouver hors de la vessie ; cependant je m'y décidai : la prostate fut entamée, et je la déchirai au moyen du bord radial de l'index gauche. J'introduisis le doigt dans la vessie pour reconnaître la position du calcul ; il était rond, hérissé de pointes assez prononcées, tout-à-fait à sec dans une vessie rapetissée sur lui. Quelques instans avant l'opération, le jeune malade avait expulsé toutes les urines qu'elle contenait : circonstance qui rendit son extraction très-laborieuse, car les tenettes furent introduites et retirées un grand nombre de fois ; la vessie fut également fatiguée de l'introduction réitérée de l'index que j'étais obligé de faire pour m'assurer de la place qu'occupait la pierre ; enfin, elle fut chargée et ramenée au-dehors : son volume était celui d'une noix ordinaire ; elle était murale.

Je mis la plus grande célérité à dégager le malade de ses liens et à le faire placer dans son lit. Mes craintes étaient fondées ; j'avais à redouter un frisson violent, une douleur à l'hypogastre, etc., signes avant-coureurs d'une inflammation de vessie. Le jeune opéré fut gardé à vue dès ce moment (1). (*Eau tiède légèrement sucrée pour boisson ordinaire.*)

---

(1) C'est la conduite que j'ai tenue pendant les trois premiers jours qui ont suivi cette opération. Je dois des remercîmens à MM. les élèves de l'Ecole de médecine qui ont bien voulu se joindre à moi, et particulièrement à M. Daniel.

Le soir : légères douleurs et léger gonflement à la région hypogastrique. (*Embrocations sur le bas-ventre avec demi-once opium brut, dissous dans six onces huile de lys; compresses imbibées et laissées à demeure.*)

Dans la nuit : sommeil tranquille ; réaction bien établie ; face colorée ; disparition de la douleur et du gonflement hypogastriques ; passage des urines par la plaie.

Le 10 février, deuxième jour : *saignée du bras*, nécessitée par la céphalalgie assez vive, la coloration de la face, la force et la fréquence du pouls. (*Diète; eau tiède sucrée; embrocation.*)

Le 11, troisième jour : la fièvre est moins forte ; le bas-ventre est un peu relevé. (*Lavement émollient; embrocation: point de selles.*)

Le 12, quatrième jour : la fièvre est très-légère, aucun ressentiment de douleur à l'hypogastre, bas-ventre relevé. (*Lavement avec deux onces huile d'amande douce : deux selles. Même régime, même embrocation.*)

Le 13, cinquième jour : rémission complète de tous les symptômes. Les urines passent toujours librement par la plaie. (*Une soupe le matin.*)

Le 14, sixième jour : le même état se soutient. (*Deux soupes.*)

Le 15, septième jour : (*Alimens solides.*)

Le 16, huitième jour : les urines commencent à couler par l'urètre. Leur première impression est accompagnée de douleurs qui arrachent des cris au malade : il fait des efforts pour les retenir.

Du 17 au 24, seizième jour : les urines cessent graduellement de passer par la plaie ; celle-ci se rétrécit à proportion et se cicatrise en entier.

Du 25 au 30e jour de l'opération : le malade est bien rétabli ; il sort sans éprouver le moindre accident.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Taille latéralisée.—Opération courte.—Calcul volumineux, mais friable.— *Guérison.*

M. Hugues, vieillard, âgé de 70 ans, d'un embonpoint remar-

quable et d'une constitution apoplectique, se rendit de St.-Maximin (Var) à Marseille, pour se faire opérer de la pierre dont il souffrait depuis six ans; son existence avait été constatée par des médecins du lieu.

Le lendemain de son arrivée, 5 avril 1829 : je me rends chez lui et reconnais très-aisément par le cathétérisme l'existence d'une pierre qui paraît être volumineuse. Cette fois le son rendu par l'instrument est mat.

Le 5 et le 6 avril : repos. (*Régime; lavemens émolliens.*)

Le 7, à dix heures du matin : opération; le tissu cellulaire graisseux du périnée est très-abondant; la lame du bistouri est cachée presque en entier dans la plaie, avant l'incision de l'urètre. Dans ce temps de l'opération, l'urine s'écoule en quantité. Le lithotome ouvert au n° 9, est porté sur le cathéter; la prostate entamée : elle est déchirée par l'indicateur de la main gauche; les deux instrumens sont retirés et le doigt placé dans la vessie. La pierre reconnue est chargée avec facilité; elle est très-friable. Trois fois les tenettes sont introduites et retirées, leurs cuillers pleines de fragmens; la dernière fois cependant, elles amènent un noyau consistant, de la forme et de la grosseur d'une amande. Une injection émolliente est poussée dans la vessie pour entraîner tous les débris de calcul, et aussitôt le malade délié est transporté dans son lit.

Quelques heures après, la réaction s'établit; elle est douce; la peau est en moiteur pendant toute la journée; les urines passent bien; le bas-ventre est souple et sans douleur; la langue est humectée; le pouls est fort, mais peu fréquent : il y a du calme et quelques instans de sommeil. (*Eeau tiède sucrée; diète rigoureuse.*)

Le 8, deuxième jour : calme parfait; sommeil pendant la nuit; souplesse du bas-ventre : libre cours des urines par la plaie. (*Eau tiède sucrée; quelques cuillerées de crême de riz.*)

Le 9, troisième jour : les urines se sont présentées au canal de l'urètre, et l'ont traversé non sans douleur. Dès cet instant, elles ne l'ont plus abandonné : tout est rentré dans l'ordre. La plaie s'est cicatrisée par degrés, et alors l'urine s'est écoulée plus abondamment par le canal.

Le quatrième jour : le malade avait pris des alimens solides, en petite quantité.

Le cinquième jour : le bon état se soutenant ; la dose en fut augmentée.

Du sixième au vingtième jour : la plaie fut cicatrisée, et les urines passèrent en entier par le canal de l'urètre. Le malade put se lever et marcher dans son appartement. Cette guérison n'eût été entravée par le moindre accident, sans un écart de régime qui fut commis le dixième jour de l'opération, ce qui détermina deux ou trois accès de fièvre : ils furent arrêtés par deux jours de diète et l'administration d'un laxatif. Au reste, le malade desirant de revoir son pays ne craignit pas de monter en voiture le vingtième jour de l'opération ; il supporta les fatigues du voyage sans en être incommodé. Depuis lors, il m'a écrit plusieurs fois, il jouit de la plus belle santé.

TROISIÈME OBSERVATION.

Taille latéralisée. — Opération courte. — Calcul bi-lobé, très-dur. — *Guérison.*

Le 12 mai 1829, je fus appelé auprès du nommé Garrus, âgé de 12 ans. Ce garçon souffrait, depuis sept à huit ans, de douleurs terribles chaque fois qu'il voulait uriner. L'envie de satisfaire à ce besoin se renouvelait fréquemment ; il n'était pas toujours maître de retenir ses urines. Plusieurs fois, dans son bas-âge, il avait rendu des graviers. Sa constitution était détériorée, son teint était pâle, sa figure bouffie, etc. J'explorai la vessie et reconnus l'existence d'une pierre, pour laquelle je proposai l'opération. Les parens y consentirent, et après trois jours de préparation je la pratiquai : c'était le 16 mai, à dix heures du matin ; elle fut faite en très-peu de temps. Le calcul enlevé à deux reprises était très-consistant ; sa forme première était celle d'une courge bi-lobée, dont une portion serait plus petite que l'autre. C'est par l'extrémité moindre qu'elle venait se présenter apparemment au col de la vessie ; elle se rompit sous les tenettes à l'endroit de son col : là, elle avait à peine deux lignes de diamètre, tandis que par-tout ailleurs elle était considérablement renflée. L'opé-

ration ne présenta de particulier que cette circonstance : une injection fut poussée dans la vessie , et le malade situé dans son lit.

Le jour même , une douce réaction s'opéra ; aucun accident ne survint ; quelques gouttes de sang furent expulsées par l'urètre ; bientôt elles furent suivies du passage des urines. La nuit fut calme. (*Diète ; eau sucrée.*)

Le 17 mai , deuxième jour : le jeune malade ne semblait pas avoir été soumis à une opération majeure. Il n'y avait pas de fièvre ; les urines coulaient par la plaie et par la verge (*Diète ; eau sucrée.*)

Le 18 mai , troisième jour : cet état se soutient. Les urines n'ont pas cessé de couler par la verge. (*Soupe ; eau sucrée.*)

Le 19 , quatrième jour : mêmes symptômes. (*Même prescription.*)

Le 20 , cinquième jour : (*Alimens solides.*) Point d'accident ; rien qui vienne s'opposer à la guérison complète, obtenue le vingt-cinquième jour, 10 juin.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Taille latéralisée. — Opération courte. — Calcul friable , du volume d'une petite noix. *Guérison.*

Le petit garçon de M. Morillon , coiffeur , demeurant Place aux Œufs , N° 8 , âgé de cinq ans , souffrait depuis sa naissance de douleurs très-vives dans le bas-ventre. Les parens s'en aperçurent d'assez bonne heure , à cause des cris continuels qu'il poussait jour et nuit , et des mouvemens de ses mains qu'il portait machinalement vers les organes génitaux. De bonne heure aussi , cet enfant fut confié à des médecins qui , ne soupçonnant pas l'existence d'une pierre , le traitaient d'un catarrhe vésical essentiel. Je fus appelé , le 1er août 1829 : à l'aspect du jeune malade , dont la face était très-amaigrie et les traits concentrés , je le jugeai atteint d'une affection grave , dont le siége serait dans la cavité abdominale. Son *facies* était celui d'un enfant arrivé à la dernière période de la maladie si commune à cet âge : le *carreau*. Pour établir mon diagnostic , j'interrogeai les parens ; d'après leurs réponses et les renseignemens qu'ils me donnèrent, je tournai mes vues

du côté de la vessie, dans l'idée d'y trouver une pierre ; le cathétérisme dissipa toutes mes incertitudes à ce sujet ; je découvris l'existence d'un calcul urinaire.

Quoique les chances de succès ne fussent pas nombreuses, je vis dans l'opération seule l'espoir de sauver l'enfant ; je proposai ce moyen aux parens, ils l'agréèrent. Je préparai le jeune malade pendant quatre jours. Redoutant chez lui une complication vermineuse, ainsi que l'expérience me l'a démontré, je lui administrai un léger laxatif avec l'huile de ricin ; et le 5 août, à neuf heures du matin, l'opération fut pratiquée. Il n'y eut rien de particulier dans le procédé opératoire ; je fus seulement étonné du peu d'espace et de l'étroitesse du périnée, qui paraissait pouvoir à peine loger la lame du bistouri. Aucun accident ne se manifesta, ni pendant, ni après l'opération. Le 23 août, dix-huitième jour, la plaie était cicatrisée depuis le douzième ; elle ne fournissait plus passage à une goutte d'urine. L'enfant s'était réparé, il marchait et s'amusait avec les enfans de son âge.

QUATRIÈME PARTIE.

Cette dernière partie de notre travail devant être consacrée aux réflexions suggérées par l'histoire des tailles qui précèdent, et aux principaux accidens de la lithotomie sous-pubienne, nous ferons observer que le malade doit être préparé à cette opération, comme à toutes les grandes opérations de la chirurgie ; qu'il doit, de plus, avoir pris et rendu un lavement, quelques heures avant d'être opéré, afin que le rectum soit vide, et que, par son plus petit volume, il risque moins d'être lésé ; que le périnée doit être rasé, etc. Reconnaissant leur utilité, nous avons obéi à ces préceptes. On a dû remarquer, dans la première observation, que le jeune malade a pris un laxatif avant le jour de l'opération (1) ; et dans la quatrième observa-

(1) D'après l'expérience que nous avons pu acquérir dans l'Hôtel-Dieu de Marseille, où M. Moulaud a si souvent pratiqué la taille, nous pensons que l'administration d'un vermifuge, chez les enfans, est très-sage ; on évite

tion, que l'état de l'enfant et le volume du bas-ventre ne nous ont pas empêché de l'opérer. Nous attribuâmes l'amaigrissement général aux souffrances prolongées, occasionées par la présence du calcul dans la vessie depuis la naissance; et le volume de l'abdomen, en partie à cette dernière cause, en partie à la disposition naturelle à cet âge (1). D'ailleurs, les craintes que nous aurions pu avoir, au sujet de quelque altération profonde, furent complètement dissipées par l'examen du bas-ventre qui était souple et sans douleur; des urines qui n'étaient point purulentes; de la vessie que le cathétérisme nous fit découvrir souple et assez ample, et par l'absence de la fièvre et du dégoût des alimens.

On a dû être frappé aussi de la longueur de l'opération chez le malade, observation N° 1; les urines, rendues quelques instans avant d'être opéré, avaient laissé la vessie dans un tel état de vacuité, qu'elle embrassait le calcul, pour ainsi dire, de toutes parts. Après avoir fendu l'urètre et incisé le col du réservoir urinaire, pas une goutte d'urine ne s'était encore échappée; et dans la crainte de nous être égaré, nous n'osions introduire le lithotome pour pratiquer l'incision de la vessie et d'une partie de la prostate (2). Ce ne fut aussi qu'après de longues manœuvres que nous pûmes retirer la pierre; elle était ronde, hérissée de pointes et retenue en haut et à droite dans la cavité de la vessie: cette disposition, il n'y a pas de doute, ne pouvait nous être favorable.

Le manuel opératoire, chez le vieillard âgé de 70 ans, observa-

---

plus d'une fois le développement d'une affection vermineuse qui est presque toujours mortelle: aussi nous sommes-nous conduit d'après les mêmes principes, chez les jeunes malades, observations N° 3 et 4.

(1) On sait que, dans les premières années de la vie, le bas-ventre est plus gros, comparativement à ce qu'il doit être par la suite, à cause du volume de certains organes, le foie par exemple.

(2) Dans une autre circonstance, nous serions moins imprudent; nous pousserions une injection dans la vessie avant de rien entreprendre. Nous pensons que cette précaution est de rigueur, afin d'éviter de produire des lésions graves.

tion N° 2, ne nous présenta de particulier que l'épaisseur considérable des graisses du périnée, le volume et la friabilité du calcul. Ce fut pour entraîner les fragmens qui étaient restés dans la vessie que nous poussâmes une injection émolliente dans sa cavité. Nous agîmes de la même manière, et pour le même motif, chez les malades, observations 3me et 4me.

Dix jours après l'opération, un accès de fièvre précédé de frisson, avec claquement des dents, se déclara chez le malade, observation N° 2. Cet accident, l'âge et la constitution apoplectique de l'individu, le peu de douleur qu'il avait manifesté pendant l'opération (1), nous inspirèrent les plus vives craintes pour l'avenir; la langue était sale et humectée; il y avait du dégoût pour les alimens; nous apprîmes qu'il avait fait un écart de régime. Le lendemain, sans attendre de nouveaux accidens, nous administrâmes une potion purgative, et tout rentra dans l'ordre après quelques jours de diète.

Lorsqu'il n'est survenu aucun accident pendant l'opération, quelle que soit la méthode opératoire dont on ait fait usage, les urines passent d'abord en totalité par la plaie; elles n'y passent pas continuellement, lors même qu'elle correspond à un point déclive de la vessie, mais à des intervalles plus ou moins longs (2). Les premiers flots du liquide produisent une douleur vive et brûlante; mais en peu

(1) Nous fûmes obligé de lui dire de pousser des cris pendant que nous l'opérions; l'expérience nous a appris que les malades qui supportent de semblables opérations, sans se plaindre, périssent à peu près tous: est-ce parce qu'ils sont frappés de terreur? S'établit-il alors une congestion sanguine vers les principaux viscères abdominaux, le foie par exemple? Tous ceux que j'ai vu succomber ainsi avaient une teinte ictérique très-prononcée sur toute l'habitude du corps; quelquefois nous avons trouvé des abcès dans l'épaisseur du foie. M. Moulaud nous a toujours pronostiqué la mort du malade, quand il n'a donné aucun signe de douleur pendant l'opération; rarement son pronostic a été en défaut.

(2) Il est de la plus haute importance de changer souvent l'alèze qui a été placée sous le malade pour absorber les urines, de tenir le scrotum relevé, et de nettoyer les environs de la plaie, si l'on veut prévenir l'inflam-

de temps le trajet de la plaie s'habitue à son contact, et les douleurs cessent. Après un temps variable, une partie du liquide, d'abord très-petite, passe par l'urètre ; la première impression détermine des douleurs qui quelquefois sont accompagnées de cris : ce phénomène est ordinairement précédé d'érection du pénis. Ces nouvelles douleurs cessent bientôt. Peu à peu l'urine passe en plus grande proportion par le canal que par la plaie ; enfin, celui-ci lui livre passage en totalité, ce qui indique que la plaie de la vessie est entièrement fermée. Celle des tégumens se cicatrise plus tard ; mais, terme moyen, la guérison est complète du dix-huitième au vingt-cinquième jour : c'est ce qui s'est passé chez les malades dont l'observation précède. Le régime du malade, après la lithotomie, doit être celui des affections aiguës. Passons maintenant aux accidens principaux. Parmi tous ceux qui peuvent compliquer la taille, nous ne traiterons que de l'hémorrhagie, de la lésion du rectum et de la péritonite, comme accidens primitifs.

1° L'hémorrhagie est sans contredit l'accident le plus redoutable qui puisse accompagner le manuel opératoire ; elle provient de la lésion des branches artérielles superficielles, du tronc de la honteuse interne, du bulbe de l'urètre, ou du réseau vasculaire qui entoure la région inférieure de la vessie. En suivant les règles que nous avons indiquées en décrivant l'opération, en se rappelant la disposition anatomique des organes qui composent le périnée, il serait bien aisé de se mettre à l'abri de leur lésion, si cet ordre était toujours conservé et si le système vasculaire sur-tout ne présentait de nombreuses anomalies ; car il faudrait opérer contre toutes les règles pour ouvrir le tronc de la honteuse si bien abritée par la branche pubio-ischiatique, protégée de plus par les feuillets aponévrotiques du périnée. L'artère hémorrhoïdale inférieure ne sera pas ouverte non plus, si l'incision des tégumens n'est pas portée trop en arrière : au reste, rien de plus aisé que de pratiquer la ligature de celle-ci, de la superficielle du

---

mation de ces parties et des tégumens des fesses, etc. Chez le malade, observation N° 1, les urines avaient produit l'effet d'un vésicatoire dans les régions sacrée et fessière.

périnée (1) et de la transverse, lorsque le sang qu'elles fournissent est trop abondant. Dans le cas où l'une d'elles serait trop profondément située pour pouvoir être liée (2), ne devrait-on pas recourir à tout autre moyen qu'à la compression? à la torsion de l'artère, par exemple, dont on a tant parlé, il y a peu de temps..... Il est si rare que la lésion de ces artérioles devienne inquiétante, que nous n'insisterons pas davantage sur les moyens d'y remédier. Occupons-nous actuellement de l'hémorrhagie qui provient de la honteuse elle-même, puisque dans quelques circonstances malheureuses elle a été observée; celle-ci est bien autrement dangereuse que la précédente, elle est annoncée par un jet de sang rapide qui sort de la lèvre externe de la plaie et qui vient des parties profondes; lorsque cette artère est coupée, l'hémorrhagie oblige à suspendre l'opération, pour ne s'occuper que des moyens d'arrêter le sang. S'il faut ajouter foi au rapport du docteur Harisson, Travers, chirurgien de l'hôpital St.-Thomas, de Londres, est parvenu à suspendre une hémorrhagie grave qui avait résisté à tous les moyens, en comprimant la honteuse interne contre l'ischion ou sur l'épine ischiatique, par un procédé très-simple, c'est-à-dire en faisant tenir le malade couché sur le dos et sur un lit très-dur; ou bien encore en mettant un morceau de liége, de gomme élastique ou des compresses graduées, de la charpie, etc., entre le coccyx et la tubérosité de l'ischion (3): ce moyen d'arrêter l'hémorrhagie de la honteuse nous paraît insuffisant; l'artère est située de manière à éluder ce genre de compression.

Lorsque le bulbe a été lésé, ce qui arrive toujours, si on ne le porte à droite, comme nous l'avons recommandé dans le procédé opératoire, le sang s'écoule au-dehors par l'angle supérieur de la plaie; et sans être aussi forte que dans le cas précédent, l'hémor-

---

(1) On évitera bien souvent de l'ouvrir, si on a le soin de retirer le lithotome fermé.

(2) Comme il arrive, quand la couche graisseuse sous-cutanée est très-épaisse.

(3) Velpeau, Anatomie chirurgicale.

rhagie ne laisse pas que de devenir inquiétante, si on ne s'empresse d'y remédier.

Quant à l'hémorrhagie qui provient de la lésion du réseau vasculaire situé autour de la région inférieure de la vessie, nous sommes convaincu qu'elle est la plus formidable, lorsque les vaisseaux ont acquis un grand développement, comme il arrive chez les anciens calculeux. Nous considérons alors cette hémorrhagie très-grave sous deux rapports principaux : d'abord, parce qu'elle est la plus inaccessible aux moyens chirurgicaux ; ensuite, parce qu'elle ne se découvre souvent que trop tard, et par des symptômes alarmans : je veux parler ici des symptômes produits par l'accumulation du sang à l'intérieur ; ils ont la plus grande analogie avec ceux qui résultent de l'hémorrhagie utérine interne après l'accouchement : on observe la pâleur du visage, une sueur qui recouvre tout le corps, la petitesse et la fréquence du pouls, la disposition à la syncope, une tumeur avec douleur et tension à l'hypogastre. On peut même quelquefois sentir, à travers la paroi abdominale, la forme ovoïde du viscère rempli par la collection sanguine ; les urines ne coulent plus par la plaie, et assez ordinairement le sang s'écoule en plus ou moins grande quantité par l'urètre.

Dans ces trois derniers cas où la ligature des vaisseaux lésés ne peut être faite, on a conseillé divers moyens plus énergiques les uns que les autres : 1° des applications froides avec l'eau et le vinaigre, ou la glace sur l'hypogastre, à la partie interne et supérieure des cuisses ; elles conviennent chez un individu de constitution débile : elles seraient remplacées avec plus d'avantage par la saignée, chez un individu fort et vigoureux ; 2° des injections astringentes : elles sont ordinairement insuffisantes et souvent dangereuses ; 3° la compression. Lorsque tout a été inutile et que l'hémorrhagie prend un caractère sérieux, on ne doit pas balancer d'y recourir, quoique ce moyen puisse à son tour produire de nouveaux accidens, tels que la cystite, la péritonite, des abcès, des fistules, etc.

Nous ne conseillerons pas le genre de compression imaginé par Travers, mais bien celui de Dupuytren, qui se fait avec une canule

en argent, de trois lignes de diamètre, de trois à cinq pouces de long, percée par trois ouvertures à l'extrémité qui est conduite dans la vessie, présentant une seule ouverture et deux anneaux à l'extrémité qui doit rester au-dehors, et une rainure circulaire sur laquelle on fixe une compresse qui a la forme d'un entonnoir. Cet instrument est porté directement jusque dans la vessie, en suivant le trajet de la plaie; et des boulettes de charpie sont placées entre la canule et la compresse, en assez grande quantité, pour que le vaisseau soit comprimé. Ce moyen est assez efficace, mais il doit être soutenu pendant quatre à cinq jours. Il est certain que, dans le cas d'hémorrhagie interne, avant d'avoir recours à son emploi, il faudrait avoir vidé la vessie des caillots de sang qu'elle renferme, par le moyen de l'index et des injections émollientes. Quant à la cautérisation qui a été conseillée, nous pensons qu'on doit y renoncer, comme à un moyen très-dangereux. Nous pensons aussi, qu'autant l'hémorrhagie opiniâtre est funeste dans ses résultats, autant celle qui est légère est favorable, parce qu'elle prévient le développement de l'inflammation que les manœuvres de l'opération pourraient quelquefois occasioner.

2° La lésion du rectum est un accident désagréable, mais qui n'entraîne aucun danger pour la vie du malade; elle a lieu ordinairement lorsque le bistouri est porté en arrière, en incisant l'urètre ou bien le col de la vessie. Cet accident produit une fistule qui établit une communication entre le rectum et l'urètre, et permet à l'urine de passer par le rectum, et aux gaz, ainsi qu'aux matières fécales, de passer par le canal des urines. Dès l'instant que l'on s'aperçoit de cette lésion, il faut, sans hésiter, fendre toutes les parties comprises entre la plaie du rectum et celle du périnée: les pansemens consécutifs sont ceux de la fistule à l'anus. Sur la fin de la cure, on met une sonde à demeure dans l'urètre: ce moyen est ordinairement efficace.

3° Enfin, la péritonite qui complique l'opération de la taille, peut être primitive ou consécutive à la cystite. Nous parlerons de la première seulement, celle qui reconnaît pour cause une manœuvre longue et pénible dans le procédé opératoire, l'extraction laborieuse du calcul, le déchirement des bords de la plaie faite à la vessie, quand

la pierre est énorme, ou bien qu'elle est hérissée d'aspérités, etc. (1). C'est peu de temps après l'opération, dans les premières vingt-quatre heures ordinairement, que cet accident terrible se déclare ; il s'annonce par la douleur et la tension de l'hypogastre, les douleurs dans les aines, le frisson, l'accélération et la dureté du pouls, la soif et la sécheresse de la langue, l'altération des traits de la face, la gêne de la respiration, quelquefois des envies de vomir ; plus tard, le ventre se météorise, la région hypogastrique qui était très-douloureuse le devient moins, les forces du malade sont abattues, et une sueur froide couvre son corps ; le pouls est petit, et la mort ne tarde pas d'arriver.

La diète rigoureuse, les boissons adoucissantes, les fomentations et cataplasmes émolliens sur le bas-ventre, les lavemens de même nature avec addition de quelques gouttes laudanum liquide, les bains, les saignées, les sangsues à l'anus, à l'hypogastre, etc., ont été recommandés pour combattre la maladie dont nous nous occupons. L'observation nous a démontré qu'en général ces moyens sont mis trop tard en pratique, et que si l'on veut avoir du succès, il faut y recourir de bonne heure. Les symptômes marchent avec la plus grande rapidité, et tendent à une terminaison fatale ; il est donc de la plus haute importance de prévenir cette inflammation, car une fois qu'elle est établie, il est extrêmement difficile de l'empêcher de se terminer par suppuration, et alors le malade est presque infailliblement perdu. Aux moyens anti-phlogistiques généralement employés, nous avons réuni l'usage de l'huile opiacée, formulée observ. N° 1. Nous sommes persuadé que son application soutenue sur le bas-ventre, pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, n'a pas peu contribué à prévenir le développement de la péritonite.

F I N.

---

(1) Nous avions à redouter cet accident chez le jeune malade, observation N° 1 ; c'est par rapport à cela que nous eûmes recours de fort bonne heure à des moyens énergiques : l'opium à hautes doses, comme topique ; la saignée, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. LORDAT, Doyen, *Examinateur.*
BROUSSONNET.
DELPECH.
DELILE.
LALLEMAND, *Examinateur.*
ANGLADA, *Suppléant.*
CAIZERGUES.

MM. DUPORTAL.
DUBRUEIL.
DUGÈS.
DELMAS, Président.
GOLFIN.
RIBES, *Examinateur.*
RECH.

M. CHAPTAL, *Professeur honoraire.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SAISSET.
BOURQUENOD.
POURCHÉ.
SABLAIROLES.
POUZIN.
FAGES.
ESTOR.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜHNHOLTZ, *Examinateur.*
BERTIN, *Suppléant.*
SERRE.
BROUSSONNET.
ROUBIEU.
. . . .
